

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°
102

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ALEPÉE Robert

Né à Paris, le 19 Octobre 1910

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DE LA
DYSPHAGIE DOULOUREUSE
CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. BAUDOIN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ALEPÉE Robert

Né à Paris, le 19 Octobre 1910

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DE LA
DYSPHAGIE DOULOUREUSE
CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. BAUDOIN, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, Boulevard St-Germain, 93

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 ERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 DULIN Pathologie médicale.
 JULLIARD Histologie.
 LETHALA Pathologie médicale.
 MEVALLIER Pathologie médicale.
 MIGNON Physique.
 MEY Urologie.
 MAILLIARD Parasitologie.
 MASTINEL Bactériologie.
 E GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 MAYET Physiologie.
 MEROUD Histologie.
 MAGUENAU Pathologie médicale.
 MALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 MAZARD Pharmacologie.
 MUGUENIN Anatomie pathologique.
 MANNON Hygiène.
 MABBE (Henri) Chimie biologique.
 MACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 MILE J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GLAVE Pathologie chirurgicale.
 SQUET Pharmacologie.
 MAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.



Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FAMILLE

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN

*Avec mes remerciements pour le
grand honneur qu'il me fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BENARD

*En hommage de respectueuse
gratitude, pour son précieux ensei-
gnement et la grande bienveillance
qu'il m'a toujours témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. QUIRIN

En témoignage de ma plus sincère reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

La lutte contre la douleur est le seul but que peut envisager à l'heure actuelle le médecin, en présence de la dysphagie de la laryngite tuberculeuse, chez les bacillaires à la période terminale de la maladie.

Nous ne parlerons pas du traitement curatif de la tuberculose laryngée, la guérison n'ayant jamais été observée par nous au cours de nos quelques observations.

Le rôle du praticien, auprès d'un tuberculeux, dont la déglutition est douloureuse, devra donc se borner en raison de nos faibles moyens à calmer la douleur afin de permettre à ces malades une alimentation qui leur est devenue impossible.

La lutte contre la dysphagie est rendue difficile en raison des conséquences défavorables dans lesquelles on se trouve. Il s'agit, le plus souvent, de malades extrêmement fatigués, amaigris, ne pouvant se lever, et dont l'état général est précaire.

Les conditions de traitement sont mauvaises, en raison de la difficulté que l'on éprouve à assurer le repos de l'organe malade. La toux se charge d'entretenir une irritation permanente de la muqueuse laryngée; l'expectoration plus ou moins abondante

souille le larynx sur son passage; la sécrétion des lésions tuberculeuses rend la fixation de l'anesthésique difficile.

De plus, la région du larynx, du pharynx et de la bouche, se trouve sur le territoire de trois nerfs, et est innervée par le IX, le V, et un rameau sensitif de la X^{me} paire.

Les méthodes de traitement sont nombreuses et donnent des résultats variables suivant les cas, et les lésions observées.

Il importe d'essayer successivement les différents modes de thérapeutique et de ne pas se décourager, en présence d'un échec, afin d'obtenir un résultat favorable.

En effet, si dans quelques cas, on obtient la guérison de la dysphagie, dans d'autres, on observera une amélioration transitoire, mais qui cependant, aura une double conséquence :

- d'une part, la possibilité pour le malade de se réalimenter, condition essentielle du traitement de la tuberculose pulmonaire;
- d'autre part, un effet psychique dont le rôle n'est pas à dédaigner.

C'est pourquoi, nous avons en un court travail résumé et expérimenté différents modes de traitements qui peuvent être appliqués chez ces malades.

Dans une première partie, nous expliquerons la technique de ces procédés; on trouvera ensuite les quelques observations que nous avons recueillies en service hospitalier.

DIFFERENTS TRAITEMENTS

I. — INHALATIONS

On doit citer comme moyen le plus simple, le plus couramment employé et le plus facile à prescrire, les inhalations qui ont un effet à la fois analgésique et décongestionnant.

Nous donnons fréquemment, dans ce cas,, le baume du Pérou dans la formule suivante :

Baume du Pérou : 10 gr.

Alcool à 90° : 100 gr.

à raison d'une cuiller à café pour un bol d'eau bouillante.

Une autre formule qui procure également un effet analgésique s'établit comme il suit :

Teinture d'eucalyptus

» benjoin	}	aa 10 gr.
» tolu		

Baume du Pérou. . . 2 gr.

Essence de lavande . . V gouttes.

Alcool à 90°. 150 gr.

à raison d'une cuiller à café dans un bol d'eau bouil-

lante pour une inhalation matin et soir. Les teintures de benjoin, de tolu et d'eucalyptus associées au baume du Pérou ont un effet antiseptique et calmant.

Dans aucun cas, on ne prescrira de menthol dans les formules précédentes, celui-ci étant irritant pour les lésions de la muqueuse laryngée.

Ces inhalations employées seules dans des cas de dysphagie légère peuvent donner de bons résultats. Il ne faut pas cependant trop en attendre, mais il est bon de les associer aux différents traitements que nous décrirons par la suite.

II. — PASTILLES COCAÏNEES

Dans certains cas légers, on peut employer les pastilles cocaïnées.

La cocaïne, étant déglutie, produit au passage une anesthésie de l'épiglotte et des aryténoïdes, anesthésie qui sera mise à profit par le malade dix minutes après. Le nombre de pastilles nécessaire est variable avec la profondeur et l'étendue des lésions. Dans les cas légers, quatre à cinq pastilles suffisent.

III. — BADIGEONNAGES

a) *Bleu de méthylène*

Un troisième procédé d'action sur la dysphagie consiste en badigeonnages du larynx au bleu de mé-

thylène. L'action analgésique de ce médicament est suffisamment connue pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister ici sur son efficacité.

Nous employons la formule suivante :

Bleu de méthylène : 0 gr. 50	
Glycérine	} aa 10 gr.
Alcool à 60°	

Ces attouchements peuvent être faits matin et soir au début du traitement, puis une fois par jour, lorsque l'effet anesthésique persiste suffisamment longtemps.

Pour agir plus sûrement sur la muqueuse laryngée, les badigeonnages doivent être faits sous le contrôle du miroir. On se sert à cet effet d'un porte-coton laryngien de Kilian dont l'extrémité a été imbibée de la solution citée ci-dessus.

Le porte-coton introduit par surprise dans le larynx doit être soumis à des mouvements de va-et-vient nécessaires pour bien badigeonner les lésions tuberculeuses. Ces manœuvres ne nécessitent pas d'anesthésie préalable.

Le malade ressent sur le moment une brûlure douloureuse, souvent très pénible, mais qui rapidement va faire place à une sensation de bien-être caractéristique.

La disparition ou la diminution de la dysphagie s'observe dans les quelques minutes qui suivent l'intervention. Au besoin, on peut recommander au malade de s'alimenter environ dix minutes après le

badigeonnage afin de lui permettre de profiter de la période d'analgésie souvent courte qui suit le traitement.

b) Tannage de la muqueuse laryngée

Un procédé qui donne des résultats souvent excellents et en général meilleurs que ceux déjà décrits consiste en badigeonnages du larynx avec une solution dont la formule a été donnée par Sobin de Moscou.

Sobin pratique le tannage de la muqueuse laryngée avec une solution qu'il a proposée et qui contient du tannin, de l'alcool et de l'anesthésine dans les proportions suivantes :

Alcool :	10 gr.
Tannin purifié :	10 gr.
Anesthésine :	3 gr.

Ce tannage se fait par badigeonnage du larynx à l'aide d'un porte coton de Kilian. Il n'est pas besoin d'anesthésie préalable, car l'opération ne produit pas d'accès de toux violente, probablement par suite de l'action de la solution sur les terminaisons des nerfs sensitifs.

Au début, les applications du produit pourront être faites deux fois par jour, puis seront espacées à mesure que l'amélioration se manifesterà.

L'alcool entrant dans la composition de la solution absorbe d'eau des tissus qui se contractent. Il agit de plus comme un anesthésique et un antiphlogistique.

Nous verrons, plus loin, l'application de l'alcool dans les injections du nerf laryngé supérieur.

Le tannin, soluble dans l'alcool, produit la coagulation de l'albumine des tissus. Les muqueuses ainsi touchées pâlisent et se dessèchent, phénomènes dus à la diminution de la sécrétion des cellules glandulaires. En outre, le tannin agit comme un anesthésique, probablement à cause de la coagulation des albumines qu'il détermine dans les terminaisons des nerfs.

Le troisième produit, l'anesthésine, est incorporé aux deux autres pour augmenter leur pouvoir anesthésique. Il est à noter que dans cette solution on ne peut employer des alcaloïdes, (cocaïne), parce qu'ils sont précipités par le tannin et rendus ainsi inactifs.

La solution ainsi constituée va produire dans les tissus enflammés une série de réactions qui vont atténuer ou même supprimer complètement la douleur.

Au moment du badigeonnage, le malade ressent une sensation de brûlure très vive qui se calme rapidement. Cette période, pénible, mais de peu de durée est immédiatement suivie de la disparition souvent complète de la douleur.

Lorsqu'on pratique un examen du larynx, après un badigeonnage de la solution précédente, on constate que la muqueuse est blanchâtre, nacrée. Cet aspect est d'ailleurs passager, car le lendemain, la muqueuse a presque repris son apparence normale, si ce n'est qu'elle semble desséchée.

Naturellement, l'efficacité de ce procédé sera d'au-

tant plus grande que les lésions seront plus bénignes. Dans les inflammations profondes, il ne semble agir que faiblement et temporairement. Le badigeonnage a de plus l'avantage, en diminuant la sécrétion laryngée, de diminuer la fréquence de la toux, ce qui améliore considérablement l'état du malade.

c) *Cocaïne, Scuroforme.*

Les substances anesthésiantes des muqueuses, en application locale, peuvent être utilisées. On emploie ainsi la cocaïne au 1/20, la novocaïne et le scuroforme.

Les badigeonnages du larynx avec la cocaïne sont souvent suivis de résultats médiocres, en raison de la courte durée de l'anesthésie et de la forte toxicité du produit. Le malade, comme dans tous ces cas, doit s'alimenter pendant la période suivant immédiatement l'attouchement.

C'est le scuroforme que nous employons le plus souvent en raison de sa moindre toxicité.

Il peut être utilisé :

— soit en poudre;

— soit en solution huileuse.

On prescrit l'utilisation de la poudre de la façon qui a été déjà décrite plusieurs fois.

Le malade introduisant profondément dans sa bouche la longue portion d'un tube de Leduc aspire brusquement une pincée de poudre scuroformée qui a été mise à proximité de l'autre extrémité du tube.

La poudre se trouve ainsi projetée sur les parois du larynx où elle produit son action.

Nous employons, pour notre part, beaucoup plus souvent la solution à 8 %, en injections trachéales.

L'injection se pratique sous le contrôle du miroir, en recommandant au malade, comme dans toute injection laryngée, de tenir sa langue tirée en dehors.

Mais cette méthode est souvent assez désagréable au malade, car elle provoque des réflexes nauséux très pénibles.

Un autre procédé consiste à injecter cette même solution par les fosses nasales. Comme instrumentation, on se sert simplement d'une seringue en verre de 5 cm., à laquelle on ajuste un embout en caoutchouc de forme conique permettant plus facilement l'adaptation à la narine.

On recommande au malade de pencher sa tête très en arrière et de ne pas faire de mouvements de déglutition au cours de l'opération afin que l'huile scuroformée passe dans son larynx. Pendant que le patient tient sa langue tirée en dehors de la bouche à l'aide d'une compresse, et qu'il respire doucement la bouche ouverte, on laisse couler dans la narine, goutte à goutte, 2 à 3 cm. d'huile scuroformée à 8 %. L'huile passe ainsi dans le cacum et descend progressivement dans le larynx.

Cette manœuvre extrêmement simple ne produit aucune sensation désagréable au malade, si ce n'est un goût d'huile dans la bouche qui existe d'ailleurs dans l'autre façon de procéder. Ce mode de traite-

ment produit, environ une dizaine de minutes après, une anesthésie de la muqueuse laryngée durant une demi-heure à une heure, temps qui sera mis à profit par le malade pour s'alimenter.

IV. — INJECTIONS

a) Morphine

La morphine est souvent employée comme médicament héroïque lorsque les lésions pulmonaires sont trop importantes pour pouvoir espérer la guérison du malade. Le chlorhydrate de morphine, alors employé, agit également sur la dysphagie, mais il a l'inconvénient d'amener l'accoutumance et de nécessiter par conséquent, des doses de plus en plus fortes.

b) Cobratoxine

La cobratoxine a été également utilisée depuis quelques années. En pratiquant une série d'injections (dix) sous-cutanées de cobratoxine à raison d'une ampoule dosée à cinq unités Oliviéro tous les deux ou trois jours, le docteur Clément a obtenu quelques résultats favorables.

Quelquefois, il est nécessaire quelque temps après la première série de piqûres, si les troubles de la déglutition ont tendance à réapparaître, de recommencer une nouvelle série de piqures en augmentant les doses (10 unités Oliviéro par ampoule).

V. -- ANESTHESIE DU NERF LARYNGE SUPÉRIEUR '

Clément, dans sa thèse, conseille de pratiquer l'anesthésie du nerf laryngé supérieur. Pour cela, il fait l'alcoolisation du nerf en employant le procédé de Frey. Le malade, étant étendu, le cou en extension, on repère la grande corne de l'os hyoïde et l'angle postéro-supérieur du cartilage thyroïde. On enfonce l'aiguille légèrement au-dessous du point correspondant à la moitié de la ligne joignant les deux points désignés plus haut.

Après avoir enfoncé verticalement l'aiguille, d'environ 5 mm., jusqu'à un plan résistant, on dirige l'aiguille en arrière et en haut. Lorsqu'après avoir cherché quelques instants, l'aiguille rencontre le nerf laryngé supérieur, le malade ressent une violente douleur dans l'oreille. On injecte, seulement alors, 2 cm. du mélange alcool à 90° et novocaïne à 1/200.

La disparition de la dysphagie est obtenue lorsque l'injection a été faite correctement.

Nous n'avons pas à en pratiquer ces injections, le procédé de badigeonnage avec le mélange alcool ; tannin, anesthésine nous ayant toujours donné satisfaction tout en étant beaucoup moins traumatisant que l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur.

VI. — GALVANO-CAUTERISATION

On peut également essayer de supprimer la dysphagie dans le cas de lésions végétantes de l'épiglotte, des aryténoïdes par la galvano-cautérisation.

Ce procédé consiste à faire une ou deux ignipunctures profondes au niveau des lésions à l'aide d'un galvanocautère spécialement recourbé pour le larynx.

Ces pointes de galvano-cautère doivent être faites le plus rapprochées possible l'une de l'autre afin d'éviter la formation d'escharres trop importantes et l'infection locale trop intense.

Pour arriver à ces résultats, il faut un calme laryngé complet nécessitant une anesthésie parfaite. Cette anesthésie sera obtenue par les moyens habituels, c'est-à-dire par badigeonnage de la muqueuse laryngée avec une solution de cocaïne au 1/10. L'anesthésie est suffisante lorsque le porte-coton étant laissé dans le larynx, il ne produit plus de spasme, ni d'effort de toux.

Il est souvent nécessaire avant chaque séance de calmer le malade, soit par une piqure de chlorhydrate de morphine, soit par du bromure. (1 à 2 grammes de bromure de potassium.)

L'escharre qui se forme après chaque cautérisation sert de barrière à la pénétration des germes et protège ainsi les terminaisons des nerfs sensitifs contre les influences traumatisantes tandis que l'exacerbation réactionnelle du processus inflammatoire au ni-

veau des ignipunctures contribue à activer l'immunité locale.

Par contre, les cautérisations laryngées sont contre-indiquées dans la tuberculose évolutive lorsque la température est supérieure à 38°. Dans ces cas, en effet, les cautérisations produisent l'aggravation des lésions et si elles diminuent momentanément la dysphagie, c'est pour l'exagérer quelque temps après.

VII. — METHODE DU DOCTEUR GRAIN

Les recherches du docteur Grain sur le traitement symptomatique de la dysphagie l'ont amené à pratiquer une méthode très efficace qui produit très rapidement l'anesthésie laryngée.

Cette anesthésie est réalisée par l'ionisation iodurée du larynx. L'appareillage nécessité par ce procédé est très simple. Il suffit de disposer d'une source de courant et de deux électrodes.

Le courant est fourni par une pile ou par un accumulateur de 45 volts suffisamment fort pour fournir un débit de 15 milliampères. Les électrodes doivent être en acier inoxydable de 5/10 mm. d'épaisseur. L'antérieure rectangulaire peut avoir 7 cm. 5 de long sur 3 cm. de largeur.

Ces électrodes, convenablement cintrées, suffisamment rigides pour être indéformables, répartissent la pression sur les électrodes actives. Ces dernières sont constituées chacune par une épaisseur de coton, d'au moins un centimètre. Le coton doit déborder

l'électrode métallique d'au moins un centimètre de chaque côté.

L'électrode antérieure appliquée au devant du larynx est imbibée d'une solution d'iodure de potassium à 2 %.

L'électrode postérieure appliquée sur la nuque est imbibée d'eau pure. La plaque antérieure est reliée au pôle négatif et la plaque postérieure est reliée au pôle positif.

Le maintien en place des électrodes est assuré par un collier en caoutchouc isolant.

La durée des applications est variable. Elle sera d'une demi-heure en moyenne et pourra être prolongée, si le besoin s'en fait sentir.

La méthode consiste à faire des séances tous les jours jusqu'à ce que la durée de l'anesthésie atteigne 24 heures. A partir de ce moment, on pourra espacer les séances, faire des applications tous les deux jours, puis tous les trois jours. Les séances ne doivent être reprises que lorsque la dysphagie réapparaît. Il n'y a aucun avantage, en effet, à pratiquer des séances lorsque la dysphagie a disparu.

Dès le début, au moment du passage du courant galvanique, le malade ressent une striction très nette du cou en même temps qu'un goût métallique lui monte à la bouche. Ces phénomènes vont s'accompagner d'exagération de la salivation.

Après une dizaine de minutes d'ionisation, le malade accuse une diminution de sa dysphagie. Enfin si l'on laisse passer le courant environ une demi-heure,

l'anesthésie laryngée devient complète. Un malade qui, auparavant, pouvait à peine déglutir du lait, peut immédiatement manger des croûtes, du pain, de la viande, sans ressentir aucune douleur. Il ne persiste qu'une impression de larynx en carton.

Mais il est bon de ne faire sur le larynx aucune intervention, sauf en cas de nécessité absolue car, immédiatement, l'effet du traitement se trouve annulé et la douleur à la déglutition réapparaît. L'anesthésie électrique n'agit pas sur les lésions tuberculeuses. Elle diminue la douleur par action directe sur les fibres nerveuses conductrices des impressions douloureuses.

En conséquence, la sensibilité tactile de la muqueuse laryngée ne se trouve pas modifiée, ce qui évite les fausses routes des aliments, cause fréquente de complications pulmonaires.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION. — Madame R..., 43 ans, hospitalisée à la salle Saint-Louis, se plaint de dysphagie.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

BK+ dans les crachats.

Température 39°.

Laryngite depuis trois mois.

Dysphagie depuis quinze jours.

Le premier juillet, à l'examen : Nombreuses petites ulcérations du pharynx. Infiltration des bandes et des cordes.

Traitement : Inhalations au baume du Pérou. Huile goménolée intra-trachéale.

Le trois juillet : Amélioration légère.

Nous prescrivons le scuroforme en poudre, avec le tube de Leduc.

Le six juillet : La malade fait avant chaque repas une aspiration d'une pincée de poudre, ce qui lui permet de manger dix minutes après. La dysphagie n'a pas complètement disparu au moment des repas, et réapparaît l'après-midi et surtout la nuit.

Le neuf juillet, l'amélioration persiste à condition que la malade continue son traitement.

Même aspect laryngé. Malade non revue.

DEUXIÈME OBS. — Monsieur Ga., 29 ans, hospitalisé salle Dreyfous, se plaint de dysphagie.

Tuberculose pulmonaire depuis six ans.

Laryngite tuberculeuse depuis deux ans.

Dysphagie depuis quatre mois.

Température 37°5.

Le quinze juin, à l'examen, on constate :

Cordite-bilatérale. Bourgeon interaryténoïdien.

Traitement : Inhalation. Huile goménolée.

Le vingt juin, le malade a de la difficulté à respirer, en raison de l'importance du bourgeon aryténoïdien.

Le vingt-deux juin, ablation à la pince des végétations laryngées. Huile goménolée.

Le vingt-cinq juin, amélioration de la respiration. La dysphagie persiste encore. Huile goménolée.

Le trente juin, la dysphagie a disparu.

Le malade est revu en septembre 1935. La dysphagie réapparaît. Inhalations. Huile goménolée.

Le seize septembre, les végétations aryténoïdiennes semblent moins grosses; par contre, l'atteinte du larynx est plus importante.

On pratique des ignipunctures profondes.

Le dix-neuf septembre, amélioration sensible.

Le vingt-cinq septembre, la dysphagie a disparu.

Huile goménolée.

Malade non revu.

TROISIÈME OBS. — Monsieur M., 54 ans, salle Saint-Augustin.

Tuberculose bilatérale pulmonaire.

BK+ dans les crachats.

Température 38°5.

Laryngite depuis huit ans.

Dysphagie depuis trois semaines.

Le quinze juin, laryngite tuberculeuse. Infiltration des bandes ventriculaires, des cordes et des aryténoïdes.

Traitement : Instillations d'huile scuroformée à 8 %.

Le vingt juin, amélioration. Nouvelle instillation d'huile.

Le vingt-six juin, l'amélioration persiste. Huile scuroformée.

Le premier juillet, état laryngé semblable au début ; amélioration de la dysphagie. Huile scuroformée à 8 %.

Malade non revu.

QUATRIÈME OBS. — Monsieur Bl., 29 ans, consultation.

Tuberculose pulmonaire depuis neuf ans.

Laryngite depuis deux mois.

Température 38° le soir.

Le quinze juillet, tuberculose laryngée.

Légère infiltration de l'épiglotte.

Petit bourgeonnement de la commissure antérieure.

Traitement : inhalations.

Le dix-sept juillet : pas d'amélioration. Badigeonnage au bleu de méthylène.

Le vingt juillet, aucune amélioration. Nouveau badigeonnage.

Le vingt-cinq juillet, pas d'amélioration. Nouveau badigeonnage.

Malade non revu.

CINQUIÈME OBS. — Madame Va, 23 ans, salle Saint-Louis.

Tuberculose pulmonaire depuis trois mois.

BK+ dans les crachats.

Radio : Lobite supérieure droite et géode sous-claviculaire gauche.

Laryngite depuis quinze jours.

Le douze juillet, examen laryngé : Légère infiltration du bord des cordes vocales et de l'espace interaryténoïdien.

Dysphagie peu marquée.

Traitement : Inhalations. pastilles cocaïnées.

Le quinze juillet, amélioration légère.

Le vingt juillet, la dysphagie augmente.

La température est à 39°.

Etat général très mauvais.

Traitement : Huile scuroformée à 8 %.

Le vingt-deux juillet, amélioration légère.

Le vingt-trois juillet, amélioration plus marquée, la malade a pu s'alimenter. Huile scuroformée.

Le vingt-quatre juillet, l'amélioration persiste. Huile scuroformée.

Tous les jours, on pratique des instillations d'huile scuroformée qui réussissent parfaitement dans ce cas.

SIXIÈME OBS. — Monsieur Ja., 56 ans, sortant d'un sanatorium, vient consulter pour dysphagie importante. Impossibilité même de boire du lait. Difficulté pour parler.

Tuberculose depuis dix ans.

Dysphagie progressive depuis quatre mois.

Le seize juillet, les cordes et les bandes sont intactes. Bourgeonnement de l'épiglotte de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Traitement : huile scuroformée.

Le dix-neuf juillet, amélioration. Après anesthésie, on pratique des ignipunctures profondes dans la masse bourgeonnante.

Le vingt-trois juillet, amélioration nette. Huile gommolée intra-trachéale.

Le trente juillet, nouvelles ignipunctures profondes. La masse a fondu. On remarque encore la trace des cautérisations précédentes.

Le cinq août, le malade n'ayant plus de dysphagie, repart au sanatorium.

SEPTIÈME OBS. — Madame M., 24 ans, salle Saint-Louis.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

BK+ dans les crachats.

Température 38°5.

Laryngite depuis six mois.

Dysphagie depuis six semaines.

Le vingt-huit juillet, infiltration de la corde vocale et végétations de l'espace interaryténoïdien.

Traitement : Huile goménolée intra-trachéale. Inhalations.

Le premier août. Pas d'amélioration. Huile goménolée.

Le trois août. Pas d'amélioration. Badigeonnage au bleu de méthylène.

Le cinq août. Amélioration très légère. Nouveau badigeonnage au bleu de méthylène.

Le sept août. Amélioration plus marquée. Même traitement.

Le neuf août. La dysphagie persiste encore, mais a beaucoup diminué.

Badigeonnage au bleu de méthylène.

Le onze août. La douleur a presque disparu complètement.

Le treize août. Nouveau badigeonnage. Plus de dysphagie. Malade non revue.

HUITIÈME OBS. — Monsieur L., 26 ans, entre salle Saint-Augustin.

Tuberculose pulmonaire bilatérale, début il y a trois ans.

Hémoptyxies fréquentes.

BK+ dans les crachats.

Température 39°.

A la radio, géodes sous-claviculaires gauches et infiltration droite importante.

Laryngite depuis un an.

Dysphagie progressive depuis quatre mois.

Le cinq août, à l'examen laryngé, on constate :

Une infiltration de l'épiglotte, des cordes vocales et un bourgeonnement interaryténoïdien.

Traitement : Inhalations. Pastilles de cocaïne.

Le sept août, la dysphagie persiste. Huile scuroformée intra-trachéale.

Le huit août, amélioration plus marquée. Nouvelle injection d'huile.

Le dix août, pas d'amélioration. Badigeonnage du larynx au bleu de méthylène.

Le douze août, amélioration très nette de la dysphagie. Nouveau badigeonnage.

Le quatorze août, amélioration persistante. Plus de dysphagie. On arrête le traitement.

Le dix-neuf août, le malade revient parce qu'il ressent des picotements à la déglutition. Badigeonnage au bleu de méthylène.

Le vingt et un août, état général très mauvais. Température 39°. Déglutition légèrement douloureuse. Même trait.

Le vingt-trois août, plus de dysphagie. Nouveau badigeonnage. Malade non revu.

NEUVIÈME OBS. — Monsieur R., 37 ans, salle Saint-Augustin.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

Laryngite depuis six ans.

Température 38°5.

BK++.

Géodes bilatérales.

Etat général mauvais.

Le cinq août, examen laryngé :

Tuberculose pharyngo-laryngé. Ulcération profonde de la paroi postérieure du pharynx. Epiglotte rongée en partie; ulcération s'étendant au larynx. Dysphagie intense.

Traitement : Inhalations. Injections d'huile goménolée.

Le sept août, pas d'amélioration. Nous prescrivons la poudre scuroformée.

Le neuf août. Aucune amélioration. Huile scuroformée à 8 %.

Le onze août, amélioration sensible pour la déglutition de solides, les liquides faisant fausse route. Huile scuroformée.

Le treize août. L'amélioration n'a pas persisté. La dysphagie réapparaît. Badigeonnage au bleu de méthylène.

Le quatorze août, amélioration assez nette. Nouveau badigeonnage.

Le seize août, état général mauvais. Température 39°5.

La dysphagie réapparaît. Badigeonnage au bleu de méthylène. Nous prescrivons la poudre scuroformée; pour le soir, chlorhydrate de morphine.

Le dix-sept août, amélioration nette.

Malade non revu.

DIXIÈME OBS. — Madame C., 24 ans, sort du sanatorium pour soigner son larynx.

Laryngite depuis quatre mois.

Dysphagie depuis deux mois.

BK+ dans les crachats.

Température 37°8.

Le dix-sept août, examen laryngé :

Bourgeonnement interaryténoïdien. Infiltration des commissures antérieures des cordes.

Traitement : Inhalations. Huile goménolée.

Le vingt août, pas d'amélioration. Badigeonnage du larynx avec la solution : alcool, tannin, anesthésine.

Le vingt-deux août, amélioration nette. Même traitement.

Le vingt-quatre août, plus de dysphagie.

Le neuf septembre. La dysphagie a réapparu. Huile goménolée et nouveau badigeonnage avec le mélange alcool, tannin, anesthésine.

Le onze septembre, amélioration. Nouveau badigeonnage.

Le quinze septembre, amélioration très nette. Même traitement.

Le vingt septembre, plus de dysphagie. Même aspect laryngé.

Le douze octobre. La dysphagie a réapparu. Huile goménolée.

Le quinze octobre, badigeonnage du larynx avec la solution.

Le dix-sept octobre, amélioration marquée. Nouveau badigeonnage.

Le vingt et un octobre, amélioration encore plus nette. Même traitement.

Malade repartie en sanatorium.

ONZIÈME OBS. — Monsieur B., 46 ans, salle Saint-Augustin.

Tuberculose pulmonaire depuis dix ans, actuellement en évolution.

Température 38°5.

BK + + +.

Laryngite depuis un an. Traitée par inhalations.

Dysphagie depuis trois mois, même pour les liquides.

A la radio, nombreuses petites géodes des deux côtés.

Examen laryngé du trente et un octobre : Infiltration

de la face linguale de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, des aryténoïdes et des bandes ventriculaires.

Traitement : Inhalations. Baume du Pérou.

Le deux novembre, pas d'amélioration.

Badigeonnage avec le mélange tannin, alcool et anesthésine.

Effet immédiat. Déglutition indolore.

Le trois novembre, l'amélioration a persisté, pendant 24 heures. La dysphagie commence à réapparaître. Nouveau badigeonnage.

Le cinq novembre, l'amélioration a duré 48 heures. Etat laryngé stationnaire. Même traitement.

Le sept novembre, nouveau badigeonnage. Jusqu'au 20 novembre nous faisons un badigeonnage tous les deux jours, la dysphagie est supprimée.

Le vingt et un novembre, crises de suffocation qui nécessitent une trachéotomie d'urgence.

Le vingt-trois novembre, la dysphagie a reparu. Nouveau badigeonnage.

Le vingt-cinq novembre, il se produit une amélioration de la déglutition, mais le malade est extrêmement fatigué. Le malade sort de l'hôpital sur sa demande.

Malade non revu.

DOUZIÈME OBS. — Madame P., 36 ans, vient à la consultation pour dysphagie progressive depuis trois semaines.

Tuberculose pulmonaire bilatérale ancienne.

BK dans les crachats.

Laryngite depuis quatre ans.

Dysphagie.

Le quinze novembre, examen laryngé.

Laryngite tuberculeuse. Infiltration des cordes, des bandes et des aryténoïdes.

Inhalations. Injections d'huile.

Le vingt novembre, pas d'amélioration. Nous prescrivons des injections de cobratoxine titrée à cinq unités Oliviero à raison d'une injection tous les deux jours.

Le quinze décembre, après traitement, très légère amélioration.

Le vingt-quatre décembre, la dysphagie a reparu comme au début du traitement. Huile goménolée.

Le vingt-cinq décembre, nous faisons une anesthésie du nerf laryngé supérieur.

Le trente décembre, disparition de la dysphagie.

Malade non revu.

TREIZIÈME OBS. — Monsieur F., 60 ans, salle Saint-Augustin.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

BK dans les crachats.

Laryngite depuis trois ans soignée par inhalations et cautérisations.

Le vingt-deux novembre, examen laryngé.

Laryngite tuberculeuse avec infiltration des bandes et des cordes. Ulcération de la face antérieure de l'épiglotte; dysphagie depuis un mois.

Traitement : Inhalations. Huile goménolée.

Le vingt quatre novembre. La dysphagie diminue. Même traitement.

Le vingt-cinq novembre. Larynx sans changement. La dysphagie persiste. Badigeonnage au larynx avec le mélange alcool, tannin, anesthésine.

Le vingt-sept novembre, la dysphagie a disparu. Nouveau badigeonnage.

Le vingt-neuf novembre : déglutition indolore. Badigeonnage.

Le dix décembre, la dysphagie a disparu presque complètement.

Le dix janvier, la dysphagie a reparu depuis la veille. Nouveau badigeonnage.

Etat général : bon; le malade repart en sanatorium.

QUATORZIÈME OBS. — Madame P., 34 ans, salle Saint-Louis.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

BK+ dans les crachats.

Température 38°5.

Dysphagie légère depuis trois semaines.

Le deux décembre, examen laryngé.

Laryngite tuberculeuse avec bourgeonnement interaryténoïdien.

Larynx sale.

Traitement : huile goménolée.

Le quatre décembre, amélioration, larynx nettoyé.

Huile goménolée intra-trachéale.

Le six décembre, amélioration progressive. Huile goménolée.

Le dix décembre, le malade n'a pas souffert de sa gorge depuis le 6 décembre. Huile goménolée.

Le malade revu de huit jours en huit jours jusqu'à son départ en sanatorium ne s'est pas plaint de nouveau de son larynx.

A son départ, l'état de son larynx ne s'est pas modifié mais la dysphagie a complètement disparu.

QUINZIÈME OBS. — Le vingt-trois décembre, Monsieur X... entre, salle Saint-Christophe.

Tuberculose pulmonaire depuis six ans.

Température 38°5.

BK+ dans les crachats.

Laryngite tuberculeuse depuis trois mois.

Le vingt-trois décembre, examen laryngé.

Infiltration du larynx, des bandes, des cordes. Bourgeonnement interaryténoïdien.

Traitement : huile goménolée.

Le vingt-quatre décembre, pas d'amélioration. Badigeonnage du larynx avec le mélange alcool, tannin, anesthésine.

Le vingt-sept décembre, amélioration sensible, nouveau badigeonnage.

Le vingt-huit décembre, dysphagie encore très intense. Nouveau badigeonnage.

Le trente décembre, nouveau badigeonnage.

Le trente et un décembre, amélioration plus marquée. Même traitement.

Le trois janvier, le malade commence à s'alimenter. Badigeonnages.

Le cinq janvier, l'amélioration persiste.

CONCLUSIONS

On voit par ces quelques observations que quel que soit le traitement employé, on obtient presque toujours, sinon la suppression de la dysphagie, tout au moins une forte amélioration. Cependant, les résultats obtenus persistent rarement et il est souvent indispensable de continuer le traitement assez longtemps ou de le reprendre lorsque la dysphagie refait son apparition.

Nous allons, maintenant, dans nos conclusions, comparer les traitements employés en tenant compte des résultats obtenus.

I. — LES INHALATIONS ont un effet analgésique, parce que décongestionnant. Elles sont généralement calmantes. Malheureusement elles provoquent chez les tuberculeux des quintes de toux qui peuvent amener des hémoptysies abondantes. Dans ce cas, on doit les rejeter de la thérapeutique.

II. — LE SCUROFORME semble agir mieux en solution à 8 % qu'en poudre. Cela tient certainement à ce que l'emploi de la poudre est d'un usage assez difficile et qu'il est souvent rejeté par les malades. D'ailleurs, l'anesthésie fournie est de très courte durée et il est indispensable de faire une instillation d'huile, dix minutes avant chaque repas, la douleur à la déglutition réapparaissant dans l'intervalle.

III. — L'HUILE GOMENOLEE agit bien dans les lésions tuberculeuses congestives. Elle agit, sur la dysphagie, à la fois, en désinfectant les lésions laryngées et en huileant une muqueuse fréquemment desséchée par la température.

IV. — LE BLEU DE METHYLENE nous a donné des échecs et des résultats excellents. Il a, on le sait, un effet analgésique, antiseptique et cicatrisant sur les ulcérations tuberculeuses.

V. — L'ANESTHESIE DU NERF LARYNGE SUPERIEUR qui a été fréquemment employé par le docteur Clément, lui a donné des résultats excellents pour le traitement de la dysphagie. Dans le seul cas, ou que nous avons cru devoir l'appliquer, il est à remarquer que nous avons obtenu satisfaction absolue.

VI. — LES INJECTIONS COBRATOXINE ne nous ont pas donné les résultats que nous en espérions. Les injections répétées tous les deux jours, n'ont produit

qu'une sédation légère de la douleur qui n'a de plus persisté que quelques jours. Nous avons cru inutile de recommencer les injections en augmentant les doses.

VII. — LES CAUTERISATIONS ET LES IGNIPUNCTURES, dans les cas de bourgeonnements importants nous ont fourni des résultats excellents. Nous devons rappeler ici que ce traitement ne doit pas être envisagé dans le cas de lésions évolutives sous peine de provoquer une recrudescence des phénomènes inflammatoires laryngés.

VIII. — LE TANNAGE DE LA MUQUEUSE LARYNGÉE d'après la méthode du docteur Sobin de Moscou, donne des résultats tout à fait favorables. L'application de cette solution supprime la douleur instantanément et la durée de l'anesthésie dure de un à plusieurs jours, selon la profondeur et l'étendue des lésions.

Nous avons employé le tannage de la muqueuse lorsque les autres modes d'action avaient échoué et les résultats ont prouvé l'efficacité de ce traitement.

IX. — LA METHODE ELECTRIQUE du docteur Grain expérimentée dans le service de physiothérapie, a donné des résultats constants.

Vu : *Le Doyen,* Vu : *Le Président de la Thèse :*
G. ROUSSY BAUDOUIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1910. — GRANT J.-D. — The treatment of dysphagia of laryngeal tuberculosis by alcohol injections into the superior laryngeal nerve. *Lancet*. I, p. 1754.
1909. — HOFFMANN (R.). — Daueranalgesie im tuberkulösen Kehlkopf.
1910. — POYET (G.) et NENARD (M.). — Traitement par les rayons X de la dysphagie des tuberculeux laryngés.
1911. — GARE (J.). — Injections anesthésiques, au niveau du laryngé supérieur dans la dysphagie des tuberculeux.
1912. — BONCOUR E.-PAUL. — Méthodes anesthésiantes ou analgésiantes employées contre la dysphagie des tuberculeux laryngés.
1913. — CLOAGEN. — La dysphagie dans la tuberculose laryngée; son traitement par les injections d'alcool (*archives de médecine et de pharmacie navales*, C, p. 457).
1913. — SAUPIQUET A. — Sur un nouveau procédé de traitement de la dysphagie dans la tuberculose laryngée. *Rev. hebdomadaire de laryngologie*, II, p. 377.
1914. — ABOULKER H. — Résection du laryngé supérieur dans la dysphagie des tuberculeux. *Rev. hebdomadaire de laryngologie*, p. 461.

1922. — CANUYT (G.). — Les insufflations de poudre calmante et anesthésiante dans les formes douloureuses de la laryngite tuberculeuse. *Gaz. méd. de Strasbourg*, LXXX, p. 347.
- 1924-1925. — MOULONGUET (A.). — Traitement de la dysphagie dans les laryngites tuberculeuses. *Médecine*. VI, p. 624.
1924. — TERRACOL. — Le traitement de la tuberculose laryngée. *Vie méd.*, V, p. 353.
1926. — HEYNINX. — Un cas d'épiglotomie pour dysphagie chez une femme atteinte de laryngite tuberculeuse. *Annales des maladies de l'oreille*, p. 340.
1928. — MARION A. — Du traitement des laryngites tuberculeuses par l'étincelage de tensions.
1931. — GAREL J. — Les laryngites chroniques. Etude clinique et thérapeutique.
1934. — CLEMENT A. — Contribution au traitement de la tuberculose laryngée à l'hôpital.
1934. — SOBIN J. — Une méthode nouvelle de traitement de la dysphagie douloureuse des voies respiratoires supérieures.
1934. — MIFFRE J. — Contribution à l'étude du venin de cobra dans le traitement des tumeurs et des algies cancéreuses.

